NOTICE

SUR LES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

H. HALLOPEAU

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de la Société de Biologie,
de la Société de Thérapeutique, de la Société Clinique et de la Société Française de dermatologie
et de syphiligraphie, Membre honoraire de la Société Anatomique
Candidat à l'Académie de Médecine dans la section de Thérapeutique
et d'Histoire naturelle médicale,



PARIS

25 janvier 1892

TABLE DES MATIÈRES

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux (1867-1871).
Docteur en médecine (1871).
Médecin des hôpitaux (1877).
Médecin de l'hôpital Tenon (1880).
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1881-1883).
Médecin de l'hôpital Saint-Louis depuis janvier 1884.
Agrégé de la Faculté (1878).
Membre titulaire honoraire de la Société de biologie.
Membre de la Société de thérapeutique (vice-président pour l'année 1892).
Membre de la Société clinique (vice-président en 1889 et 1890).
Membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.
Membre de la Société médicale de l'Élysée (président pour l'année 1892).
Membre honoraire de la Société anatomique.
Présenté le quatrième comme candidat à l'Académie de médecine par la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale en 1886.

ENSEIGNEMENT

Cours auxiliaires de pathologie à la Faculté (1883 et 1885-1886): Maladies du système nerveux.
Cours de pathologie expérimentale (suppléance de M. Vulpian, 1884).
Cours à l'École pratique (1877).
Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, faites à l'hôpital Saint-Louis en 1886, 1887, 1888, 1890, 1891, 1892.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

1. — *Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique.*

(Paris, 1884, in-8° de 723 pages.)

2. — *Deuxième édition revue et augmentée.*

(Paris, 1887, in-8° de 836 pages.)

3. — *Troisième édition revue et augmentée.*

(Paris, 1890, in-8° de 840 pages.)

Après avoir exposé en quelques pages les principes fondamentaux de la pathologie, l'auteur montre quel est l'objet de la pathologie générale, il définit l'affection et la maladie, et met en relief leurs caractères.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première partie comprend l'étiologie. Après une étude générale des causes, l'auteur s'occupe successivement des prédispositions héréditaires et diathésiques, et des divers agents morbifiques extérieurs.

Il en indique la nature et le mode d'action ; il est ainsi conduit à exposer les notions que l'on possède aujourd'hui sur les ferments figurés dont la pénétration dans l'organisme est la cause prochaine des maladies infectieuses.

La deuxième partie du livre est consacrée à l'étude des *processus morbides*, et la troisième à celles des *troubles fonctionnels* qu'ils engendrent : se plaçant sur le terrain scientifique, l'auteur les considère en eux-mêmes, comme des phénomènes *biologiques* ; il indique quels en sont le mode de production et les caractères, et comment ils s'expliquent par une simple déviation des phénomènes normaux ; *il s'appuie constamment, pour ces questions de physiologie pathologique, sur les résultats de l'expérimentation.*

Après un essai de *classification pathologique et nosologique*, il montre, dans la quatrième partie, à quelles lois est soumise *l'évolution* des maladies.

La cinquième partie a pour objet l'étude des règles générales de l'*art médical*; ce n'est plus de la pathologie, c'est *l'application* de cette science au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies ; c'est de la *médecine générale*.

Le chapitre, consacré à la *prophylaxie* et à la *thérapeutique générales*, a été publié en partie dans le *Bulletin de thérapeutique* (1884) ; il a été développé dans la troisième édition, particulièrement au point de vue des indications fournies par la bactériologie.

L'ouvrage est traduit en italien et en grec.

II. — ESPÈCES, FORMES ET VARIÉTÉS MORBIDES NOUVELLEMENT OBSERVÉES PAR L'AUTEUR

4. — *Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique, en foyers à progression excentrique.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1889.)

5. — *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.*

(*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1890.)

6. — *Nouvelle étude sur cette maladie.*

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1891.)

7. — *Etude comparative de la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et de la dermatite herpétiforme de Dühring.*

(*Ibid.*, janvier 1892.)

Cette maladie est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppurations qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules

très lentes à s'effacer : ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée, et se développer également sur la muqueuse buccale; parfois ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Le caractère végétant de cette dermatite peut devenir prédominant, les saillies cutanées atteignent parfois un centimètre de hauteur; lorsqu'elles siègent au cuir chevelu, elles lui donnent un aspect étrange rappelant traits pour traits la configuration des circonvolutions cérébrales; il en peut résulter une alopécie presque complète; ces phénomènes sont transitoires et, au bout de quelques mois, ces végétations s'affaissent et disparaissent peu à peu, sans laisser d'autres traces apparentes qu'une pigmentation lente à s'effacer; il en est ainsi pour toutes les manifestations de cette maladie. La santé générale reste relativement bonne.

Cette description repose sur deux observations personnelles : notre second malade avait été observé avant nous par MM. A. Fournier et Feulard et présenté également au Congrès de dermatologie.

Cette maladie diffère du pemphigus végétant de Neumann ainsi que de la variété végétante de la dermatite herpétiforme; elle ne paraît pas avoir été décrite antérieurement.

8. — *Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde.*

(Congrès de Paris, 1889.)

9. — *Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.*

(En collaboration avec M. Jeanselme.)
(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

L'auteur montre, dans la première de ces publications, que la période pré-mycosique de cette maladie peut être caractérisée par

une érythrodermie généralisée, avec épaississement de la peau, qui devient trop lâche pour les parties sous-jacentes, prurit intense et adénopathies multiples et volumineuses. Dans le second travail, les auteurs affirment comme démontrée l'existence de cette forme, considérée comme probable par M. Besnier.

Ils montrent aussi qu'à côté des poussées de formes ortiées, érythémateuses, eczémateuses et bulleuses, il faut admettre dans cette maladie la possibilité de poussées pustuleuses généralisées.

10. — *Sur une dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales.*

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

Cette dermatose est caractérisée par la production, depuis la première enfance, de bulles qui laissent à leur suite des cicatrices indélébiles et de petits kystes épidermiques sous formes de nodules miliaires : les éruptions occupent surtout les extrémités, les coudes, le cou; elles peuvent se généraliser; elles envahissent également la muqueuse buccale; il y en même temps de l'onychogryphose. On ne trouve dans les auteurs aucune description semblable. Seul, un fait de M. Vidal se rapproche du précédent, mais l'éruption bulleuse, au lieu de se reproduire par poussées successives jusqu'à l'âge de 20 ans, ne semble s'y être manifestée qu'une fois dans la première enfance.

11. — *Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique.*

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1890.)

Les caractères généraux de cette maladie peuvent être résumés ainsi qu'il suit : accidents invétérés d'asphyxie locale des extrémi-

tés prédominants dans certains doigts et plusieurs orteils; depuis quelques mois, inflammations suppuratives des mêmes doigts et orteils avec troubles profonds dans la nutrition des ongles; plus récemment, poussées successives, généralisées ou localisées à des régions symétriques, d'érythèmes et de pustulettes très éphémères, laissant à leur place, soit des squames, soit plus souvent de minces croûtelles; lésions analogues de la muqueuse buccale; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une infection généralisée consécutive à une polydactylite suppurée dont l'asphyxie locale a déterminé ou favorisé le développement; l'évolution rapide des pustulettes que l'on a pu qualifier d'éphémères, la desquamation furfuracée rappelant l'herpétide exfoliatrice qui leur fait suite, l'extension des lésions à la muqueuse buccale donnent à la maladie une physionomie qui lui appartient en propre: il y a là un type morbide nouveau.

12. — *Sur une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse.*

(En collaboration avec M. Goupil.)

(*Société française* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890.)

Ce type clinique avait été décrit par MM. Lailler et Besnier; les auteurs de ce mémoire ont établi, par la clinique, l'histologie et la bactériologie, qu'il s'agit d'une manifestation de la tuberculose.

13. — *De l'aplasie moniliforme des cheveux et des poils.*

Société française de dermatologie et de syphiligraphie et *Leçon clinique* publiée dans le *Bulletin médical*, 1890.)

L'auteur rapporte trois observations de cette maladie rare; il confirme sa transmission héréditaire signalée par Anderson, ses rapports avec la kératose pilaire indiqués par M. Besnier; il montre, le premier, qu'il ne s'agit pas d'une maladie limitée au

cuir chevelu, mais d'une altération de tout le système pileux, y compris les poils follets.

14. — *Sur la trichotillomanie.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie*, 1889.)

L'auteur propose ce néologisme pour désigner une nouvelle forme d'alopécie, celle que détermine la manie du grattage; cette manie s'étend aux poils des sourcils, de la barbe, des aisselles et du pubis; elle y détermine également la chute apparente des poils qui ne sont que brisés près de leur émergence.

15. — *Sur l'angine de poitrine d'origine spécifique.*

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1887.)

L'auteur montre que cette angine de poitrine, après s'être présentée avec ses caractères habituels, peut se modifier, sans doute par le fait de l'extension graduelle des lésions qui sont en évolution permanente jusqu'au jour où le traitement vient les enrayer. Dans le fait qu'il rapporte, les accès angineux se sont tardivement accompagnés de sensations d'engourdissement dans la moitié gauche de la tête d'abord, puis dans toute la moitié gauche du corps, et plus tard d'étourdissements passagers auxquels faisait suite une parésie passagère de l'extrémité inférieure droite : cet ensemble symptomatique n'avait pas encore été décrit jusqu'ici. L'auteur invoque, pour en donner l'interprétation physiologique, une excitation réflexe du centre bulbaire qui tient sous sa dépendance l'innervation des vaso-moteurs dans la moitié gauche du corps et aussi une ischémie réflexe du centre moteur du pied droit dans l'hémisphère gauche. L'action rapidement curative de la médication mercurielle et iodurée a prouvé qu'il s'agissait bien d'une manifestation anormale de la syphilis.

16. — *Sur une forme atrophique et végétante de pemphigus iodique.*

(*Annales de dermatologie et de syphilitique*, 1888.)

Les faits nouveaux qui résultent de ce travail peuvent être résumés ainsi qu'il suit : les éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent, chez les sujets prédisposés, laisser à leur suite des cicatrices indélébiles et s'accompagner d'un travail de prolifération conjonctive et épithéliale qui se traduit par la production de végétations ordinairement disposées en cercles et analogues aux condylomes vénériens; elles peuvent occuper la conjonctive et la cornée et entraîner ainsi la cécité; les cicatrices consécutives, d'ordinaire légèrement déprimées, décolorées et de forme arrondie ou polycycliques, peuvent prendre l'aspect de brides saillantes, ou se rétracter et déformer la face au point de lui donner l'aspect d'un lupus ancien et de nécessiter une autoplastie; les poussées bulleuses s'accompagnent de fièvre et de diarrhée; l'idiosyncrasie qui amène ce mode de réaction peut survenir tardivement.

17. — *Sur une hémorrhagie bulbo-protubérantielle d'origine iodique.*

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1885.)

L'auteur a vu se produire, chez un jeune homme qui avait fait un prodigieux abus de l'iodure de potassium, en même temps que qu'une éruption abondante de purpura, une légère hémiplégie alterne intéressant simultanément le côté gauche de la face, y compris l'orbiculaire, et les membres du côté droit; ces accidents ont rapidement disparu après la cessation de la cure iodurée.

18. — *Sur le lichen plan atrophique.*

(*Leçon clinique* publiée dans l'*Union médicale*, 1887.)

19. — *Sur le lichen plan scléreux.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Dans ces deux publications, l'auteur décrit une variété nouvelle de lichen plan : les papules, au lieu de présenter, comme c'est la règle dans cette maladie, une coloration rouge plus ou moins foncée, sont pâles et décolorées ; elles laissent à leur place des cicatrices déprimées et également décolorées; la biopsie, pratiquée par M. Darier, a dénoté une atrophie du corps papillaire avec sclérose du derme et dilatation des conduits sudoripares. Dans un fait de Kaposi, qui a présenté quelque analogie avec les précédents, la décoloration portait, non sur les éléments en activité de la maladie, mais seulement sur les cicatrices qu'ils laissaient à leur place.

20. — *Sur un cas de lichen plan avec cnomanie et dyschromies.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1891.)

Un lichen invétéré, qualifié autrefois par Bazin de lichen lividus, est constitué aujourd'hui par des plaques saillantes complètement décolorées et entourées de zones pigmentées en brun sombre. Ces plaques ont une apparence cicatricielle ; leur coloration est due aux altérations provoquées par des grattages incessants : depuis quinze ans, ce malade frotte ses plaques de lichen avec un linge jusqu'à ce qu'excoriation s'ensuive : d'où le travail de sclérose qui a amené la dépigmentation des plaques et la phlegmasie qui a déterminé à la longue la coloration en brun des téguments voisins.

L'auteur a observé plusieurs fois cette manie de grattage qu'il propose d'appeler *cnomanie*, de κνάω, *je gratte*; elle n'est pas

constamment en relation avec du prurit; elle donne lieu à des altérations profondes et indélébiles de la peau.

21. — *Sur un lichen en nappe.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 1890.)

La maladie dite lichen plan peut se manifester par des plaques non saillantes, d'une couleur jaune biliaire, lisses, brillantes et criblées de dépressions ponctiformes; ultérieurement ces plaques se colorent davantage et deviennent d'un rouge plus ou moins foncé; c'est une nouvelle variété clinique de lichen. M. Vidal a observé un fait semblable.

22. — *Sur une nouvelle variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique, avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

L'auteur décrit un type clinique caractérisé par la production en diverses parties du corps de plaques à contours irréguliers au niveau desquelles la peau se décolore, devient insensible aux simples contacts, et peu sensible aux piqûres, où celles-ci ne donnent pas lieu à un écoulement sanguin ou ne le produisent que difficilement, où le sang ainsi extravasé présente une coloration noirâtre, asphyxique, où les poils et les cheveux tombent et repoussent blancs; ces plaques sont entourées par des taches pigmentées tout à fait semblables à celles du vitiligo : elles sont susceptibles de disparaître sans laisser aucune trace, si ce n'est peut-être la canitie; elles se produisent, selon toute vraisemblance, sous l'influence d'un trouble réflexe de l'innervation vaso-motrice, résultant d'excitations d'origine psychique ou organique. Les alopécies ainsi déterminées diffèrent de celles de la pelade par

leurs contours irréguliers, par l'anesthésie et l'ischémie dont elles sont le siège, par les caractères des altérations qu'y présentent les poils et les cheveux et enfin par l'absence du parasite de MM. Vaillard et Vincent; elles peuvent être dites *pseudo-peladiques*; les taches pigmentées se distinguent du vitiligo vulgaire par leur tendance à s'effacer, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement par les excitants locaux et les bains électriques; elles doivent en être séparées, bien que le vitiligo soit provoqué comme elles par un trouble de l'innervation trophique.

23. — *Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes.*

(En collaboration avec M. Larat.)
Communication à l'Association pour l'avancement des sciences, Marseille, septembre 1891.)

Il existe une dermatose caractérisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée; cette dermatose est très vraisemblablement une manifestation cutanée de l'hystérie; les papules lichénoïdes peuvent être d'origine tropho-névrotique; elles ne sont pas nécessairement liées au prurit; l'électrisation sous-cutanée sous forme de bains électriques est indiquée en pareils cas.

24. — *Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire unilatérale en foyers occupant les orifices sudoripares.*

(En collaboration avec M. P. Claisse.)
(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

Ce type clinique a été décrit par M. Besnier ; les auteurs établissent qu'il peut s'agir d'une forme de nævus; cette kératodermie est donc liée, selon toute vraisemblance, à un trouble

embryonnaire dans la nutrition des tissus; elle peut n'apparaître que dans l'adolescence : *la définition du nævus doit être modifiée ;* on n'est plus en droit de dire, avec Rayer, que cette affection est constituée par une altération congénitale de la couleur ou de la texture de la peau, car le trouble de développement qui en est la cause prochaine peut ne se traduire que tardivement par des manifestations apparentes.

25. — *Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face.*

(En collaboration avec M. Claisse.)

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1891.)

Les traits essentiels de cette éruption sont une apparition soudaine tout à fait comparable à celle d'un pseudo-exanthème médicamenteux, les caractères des boutons qui sont de forme hémisphérique, relativement volumineux, remarquablement durs, indolents, si ce n'est au début, leur persistance alors même qu'ils ont suppuré, leur disposition en plaques agminées ou confluentes dont la configuration rappelle celle du zona, leur localisation exclusive à la face; cette éruption offre de l'analogie avec celle que M. Barthélemy a décrite sous le nom d'acnitis, elle en diffère cependant par des caractères importants et en constitue tout au moins une variété distincte qui n'avait pas encore été décrite.

26. — *Des cicatrices post-faviques des membres.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, décembre 1888, et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888.)

Le favus des membres peut laisser à sa suite des cicatrices arrondies, légèrement déprimées avec pigmentation à leur périphérie, disposées en cercles; elles ont l'aspect de cicatrices d'origine syphilitique.

27. — *De l'ectropion consécutif à la syphilis mutilante de la face.*

(En collaboration avec M. Wickham.)
(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

La syphilis mutilante de la face peut donner lieu, par la rétraction de ses cicatrices, à la formation d'un ectropion assez étendu pour mériter le nom de *panectropion*; les paupières sont en pareils cas totalement déformées et presque méconnaissables; la muqueuse étalée peut simuler une syphilide; il en résulte une altération toute particulière, profonde et indélébile des traits; la cornée n'étant plus protégée devient le siège d'altérations profondes qui ont pour conséquence fatale la perte rapide et complète de la vue; le traitement spécifique n'a aucune influence sur cette déformation; seule l'autoplastie, par la méthode italienne, peut y remédier; cette opération a été pratiquée avec un plein succès chez une de nos malades par M. Berger.

28. — *Syphilide mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal.*

(*Reunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Une syphilide ulcéreuse a, depuis trois mois, divisé le nez en deux, dans ses deux tiers inférieurs, par une perte de substance qui intéresse les téguments dans toute leur épaisseur ainsi que le cartilage de la cloison; elle est plus large au niveau de sa partie moyenne qu'au niveau du lobule dont les deux moitiés restent contiguës. Les ailes sont intactes dans leur partie externe, mais leurs parties internes sont détachées l'une de l'autre ainsi que de la lèvre : elles se meuvent librement en se contournant un peu en dehors et cette déviation s'accentue légèrement à chaque mouvement inspiratoire; cette bifidité du lobule rappelle singulièrement celle que l'on observe chez certaines races de

chiens : elle donne à la physionomie un aspect étrange. M. A. Fournier a déclaré ne pas connaître de fait semblable.

29. — *Sur une dermatite vacciniforme des jeunes enfants.*

(*Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis* en 1887 et analysée dans le *Journal de Lucas-Championnière.*)

Cette dermatose a été observée simultanément pour la première fois par MM. Besnier et A. Fournier ainsi que par l'auteur, chez des malades différents ; elle a été appelée par M. Besnier, *érythème vacciniforme infantile* ou *syphiloïde vacciniforme infantile* ; elle a également reçu le nom d'*herpès vacciniforme*. Elle n'a été vue que chez les enfants du premier âge. Elle siège surtout aux fesses, aux plis inguinaux, aux cuisses et à la vulve ; elle est constituée par des éléments d'aspect divers qui représentent les différentes phases de son évolution : ce sont d'abord des papules légèrement saillantes, rondes, de couleur cuivrée ; des éléments semblables sont surmontés de pustulettes ; ils se développent excentriquement et deviennent plus saillants ; ils atteignent ainsi jusqu'à un centimètre de diamètre ; leur surface prend un aspect diphthéroïde dû à la macération de l'épiderme ; leur centre se déprime ; ils s'ombiliquent ; leurs bords s'élèvent ; ils prennent ainsi la forme de godets et offrent alors une ressemblance frappante avec des boutons de vaccin ; un liséré érythémateux les sépare des parties saines. L'éruption se développe surtout dans les régions où la peau est en contact avec elle-même ; chaque pli cutané représente une fente profonde par suite de la tuméfaction et de la saillie de ses lèvres ; les bords de ces plis sont formés de pustules fusionnées. Cette éruption guérit en quelques jours avec un simple pansement antiseptique local. Il s'agit d'une maladie infectieuse locale dont l'agent n'a pu être encore déterminé ; les examens bactériologiques n'y ont donné jusqu'ici que les microbes vulgaires de la suppuration.

30. — *Contribution à l'étude des inflammations réflexes.*

(En collaboration avec M. Neumann.)
(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1878, p. 309.)

On a remarqué depuis longtemps que des excitations portant sur une partie limitée du corps peuvent donner lieu à des troubles de nutrition dans des régions plus ou moins éloignées du point primitivement affecté. On sait que ce sont là des *réflexes trophiques*.

Ces réflexes n'ont guère été signalés jusqu'ici que dans l'œil, le testicule, le poumon et l'intestin; il est probable cependant qu'ils peuvent se produire dans toutes les parties du corps, car partout les phénomènes intimes de la nutrition semblent être soumis à l'influence du système nerveux. Un fait observé par les auteurs montre que la peau peut en être le siège. Il s'agit d'un sujet arthritique chez lequel l'application successive de deux vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine, au niveau du mamelon, fut suivie d'une inflammation suppurative des glandes sébacées du mamelon droit. Il s'y forma sept petits abcès. On peut affirmer que cette inflammation mammaire s'est produite sous l'influence d'un trouble réflexe de l'innervation. On ne peut invoquer, en effet, une simple coïncidence, car les inflammations de l'aréole mammaire sont extrêmement rares chez l'homme. On ne peut admettre non plus que l'irritation se soit propagée directement, ou par l'intermédiaire des lymphatiques, de la surface vésiquée à l'aréole droite, car il a été constaté que la région intermédiaire aux deux parties était exempte de toute altération. En réalité, les choses se sont passées comme si l'irritation des nerfs appartenant à l'aréole et au mamelon gauche s'était transmise dans le centre spinal au noyau d'origine des nerfs de l'aréole droite et avait provoqué par leur intermédiaire un trouble dans la nutrition de cette région.

Il est probable que la diathèse arthritique a favorisé le déve-

loppement des phénomènes morbides et que, chez un autre sujet, l'application des mêmes irritants, dans la même région, n'aurait pas donné lieu aux mêmes accidents.

Les circonstances dans lesquelles s'est développée chez ce malade la phlegmasie secondaire de l'aréole ont permis d'établir avec certitude qu'elle a été provoquée *par un trouble réflexe de l'innervation.*

Le même mécanisme peut être invoqué pour les affections eczémateuses qui accompagnent souvent l'éruption des dents ainsi que pour l'herpès de la pneumonie.

31. — *Note sur un cas de gangrène secondaire.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1880, p. 271.)

L'application trop prolongée d'un courant galvanique détermine chez un malade la formation d'une eschare à la partie antéro-supérieure de la jambe gauche. La lésion est profonde et mesure environ cinq centimètres de diamètre.

Trois semaines après, le malade accuse une douleur dans la jambe droite en un point *exactement symétrique* à celui qui est à gauche le siège de l'eschare : la peau rougit, se tuméfie, et l'on voit bientôt apparaître, au centre de la partie ainsi altérée, une tache *gangréneuse* qui s'étend rapidement, si bien qu'au bout de peu de jours elle mesure douze centimètres de diamètre.

Par quel mécanisme s'est produit ce second foyer ?

Si on considère que le second foyer gangréneux s'est développé à droite dans un point exactement symétrique à celui qu'occupait à gauche le foyer initial, on est conduit à penser que les excitations parties de celui-ci ont provoqué à distance un trouble dans l'innervation trophique de l'autre membre et sont devenues ainsi le point de départ de la lésion secondaire.

Il est invraisemblable cependant que ce trouble ait produit directement la gangrène : on sait, en effet, que la gangrène d'origine nerveuse ne s'observe guère que dans l'affection ap-

pelée *gangrène symétrique* des extrémités, et dans les encéphalopathies et les myélites graves; elle coïncide constamment avec des troubles apparents de l'innervation vaso-motrice; or, aucune de ces conditions n'existait dans ce cas.

Il est probable que le trouble réflexe de l'innervation trophique a donné lieu d'abord, comme dans les faits connus jusqu'ici, à une inflammation, et que celle-ci s'est compliquée de gangrène par le fait de l'altération humorale qu'entraînait la présence du foyer initial. Il est d'observation que les phlegmasies survenant chez des individus atteints de gangrène tendent elles-mêmes à se terminer par gangrène; il en est ainsi, par exemple, pour les pneumonies qui se développent chez les enfants affectés de *noma*. Ces faits ne peuvent guère s'expliquer que par la présence dans les foyers gangréneux d'un agent *infectieux* qui pénètre dans le sang et se trouve transporté par la circulation dans toutes les parties du corps. On peut invoquer, en faveur de cette même hypothèse, la tendance du foyer gangréneux à s'étendre jusqu'au moment où l'on en arrête les progrès par l'application de caustiques ou d'antiseptiques.

Les mêmes causes qui engendrent la gangrène dans les tissus en rapport avec l'atmosphère amènent la nécrose simple dans les viscères soustraits à son influence. Les oblitérations artérielles, qui donnent lieu au sphacèle lorsqu'elles se produisent dans les membres, n'amènent dans l'encéphale qu'une nécrobiose.

On peut remarquer enfin que toutes les parties du corps susceptibles d'être primitivement affectées de gangrène sont en rapport direct ou indirect avec le milieu atmosphérique : c'est la peau, c'est le poumon, c'est l'intestin; jamais, dans les autres organes, la gangrène n'apparaît que consécutivement à la formation d'un premier foyer gangréneux dans l'une de ces parties.

En résumé, *deux influences* ont pu concourir à produire un second foyer gangréneux chez ce sujet : en premier lieu, un *trouble réflexe* dans l'innervation trophique de la partie affectée, trouble amenant le développement d'un phlegmon; ultérieu-

rement l'*apport par la circulation dans ce foyer secondaire d'éléments infectieux* provenant du foyer initial.

32. — *Contribution à l'étude de la sclérose diffuse périépendymaire.*

(*Mémoires de la Société de biologie.* — 1869, avec planche.)

Les conclusions de ce travail peuvent être résumées ainsi qu'il suit : Il existe une forme, *non encore décrite*, de myélite dans laquelle les lésions portent principalement sur l'épendyme et sur le tissu connectif des commissures : elle est anatomiquement caractérisée par la présence, au centre de la moelle, d'une masse de tissu réticulé, riche en éléments cellulaires, offrant dans sa structure une grande analogie avec la névroglie dont il est manifestement dérivé, et renfermant de nombreux vaisseaux dont les parois, le plus souvent altérées, peuvent se rompre et donner lieu aussi à de petites hémorrhagies. Au bout d'un certain temps, le tissu morbide subit diverses transformations : tantôt il s'indure et l'on trouve alors au centre de la moelle un cordon solide, de consistance fibreuse ; tantôt ses éléments s'atrophient et se détruisent en partie ; la moelle se creuse de cavités que cloisonnent souvent des tractus conjonctifs ; la présence à leur périphérie d'une couche scléreuse indique habituellement leur origine inflammatoire ; le canal épendymaire subsiste quelquefois au milieu du tissu de nouvelle formation ; d'autres fois il présente une notable dilatation ; les éléments de l'épendyme peuvent se multiplier et constituer des amas cellulaires plus ou moins considérables ; souvent il existe, en même temps, dans les autres parties de la moelle, les lésions d'une sclérose diffuse plus ou moins avancée. La substance grise s'atrophie en totalité ou en partie.

La maladie débute d'ordinaire par des paralysies disséminées ; elles frappent d'abord isolément quelques muscles dans l'un

des membres, puis dans le membre opposé, puis dans les deux autres; quelquefois les muscles affectés sont le siège de mouvements involontaires; bientôt ils perdent leur contractilité électrique; puis ils s'atrophient, souvent avec une grande rapidité; on observe alors les mêmes déformations, les mêmes attitudes vicieuses que dans l'atrophie musculaire progressive. La paralysie peut s'étendre à la plus grande partie du système musculaire et les malades succombent alors à l'asphyxie causée par la paralysie des muscles inspirateurs. La marche de la maladie est constamment progressive.

Les lésions restent silencieuses aussi longtemps que les cornes antérieures ne sont pas atteintes; elles peuvent envahir la substance blanche; les signes de la myélite périphérique viennent alors s'ajouter à ceux de la myélite centrale.

33. — *Note sur un fait de thrombose basilaire.*

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1876, pages 794-802.)

Ce fait a montré que le moteur oculaire externe peut être, comme le facial, atteint d'une paralysie qui alterne avec celle des extrémités.

Il est en outre remarquable par cette particularité, qu'une lésion limitée à la moitié gauche de la protubérance, dans sa moitié inférieure, avait déterminé, en même temps qu'une paralysie du facial et de l'adducteur oculaire du côté correspondant, une paralysie de l'abducteur du côté opposé; comme le moteur oculaire commun n'avait pu être en aucune mesure intéressé, l'auteur admet que le *filet nerveux qui anime l'adducteur est en connexions avec la moitié opposée de la protubérance et particulièrement avec son noyau facial abducteur;* il confirme ainsi une proposition formulée déjà par M. A. Foville et par M. Féréol. La thrombose basilaire peut être compatible avec la vie dans deux circonstances: 1° quand le caillot ne fait que rétrécir la lumière du vaisseau sans l'obstruer entièrement; 2° quand les

artérioles des noyaux des pneumogastriques naissent au-dessous du tronc basilaire.

34. — *Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu.*

(*Note communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du* 2 décembre 1890.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : Une seule injection de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles; ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres et en des accès de défaillance avec vertige et prostration mêlés à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation ; des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer ; leur durée peut être de plusieurs mois ; on les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable : on peut les attribuer à une action élective du poison sur des centres nerveux non encore déterminés.

35. — *Sur un cas de phénomène de Cheynes-Stokes avec arrêt complet du cœur pendant les phases respiratoires; interprétation physiologique et signification pronostique de ce syndrome.*

(En collaboration avec M. A. Petit.)

(*Bulletin de la Société clinique* et *France médicale*, 1890.)

Les auteurs résument ainsi qu'il suit, les résultats de leurs observations : Le phénomène de Cheynes-Stokes peut s'accompagner d'un arrêt complet du pouls et du cœur ; cet arrêt se produit au commencement de la phase respiratoire pour cesser un instant avant la pause ; une pause circulatoire succède

ainsi à la pause respiratoire et l'une et l'autre alteruent régulièrement; des convulsions épileptiformes peuvent survenir, non, comme l'a dit Traube, au moment de la pause respiratoire, mais pendant la phase des respirations forcées; ces phénomènes peuvent être rattachés, comme les mouvements respiratoires anormaux, à une excitation du mésocéphale par le sang anoxémié; le phénomène de Cheynes-Stokes n'a pas nécessairement une signification pronostique grave, alors même qu'il est nettement caractérisé: il peut être pendant trois ans compatible avec l'existence; on peut l'observer dans la grande hystérie.

36. — *Note sur un cas de compression de la protubérance par dilatation anévrysmale du tronc basilaire.*

(En collaboration avec M. Giraudeau.)
(Journal *l'Encéphale*, 1883, pages 657-666.)

Parmi les particularités qu'a présentées ce fait, une des plus remarquables a été l'influence exercée par la situation de la tête sur la respiration. Le dernier jour, le malade, en état de coma, avait la tête renversée en arrière et la respiration bruyante, mais régulière. Si on le redressait, *la tête s'inclinait en avant et immédiatement la respiration s'arrêtait en expiration*, tandis que le pouls continuait à battre régulièrement pendant quelques secondes, puis se ralentissait peu à peu.

Si dans ces conditions on renversait la tête en arrière, immédiatement la respiration se rétablissait et bientôt elle reprenait les caractères qu'elle offrait avant que la tête eût été déplacée. Ces phénomènes se reproduisaient à volonté dans l'ordre qui vient d'être indiqué, suivant que l'on inclinait en avant ou en arrière la tête du malade. Pendant douze heures on a pu les observer.

Ce fait peut être interprété de la manière suivante : Lorsque le malade inclinait la tête en arrière, le mésocéphale tendait à

se porter dans la même direction et à s'éloigner par conséquent de la tumeur qui comprimait sa face antérieure; dès lors ses fonctions pouvaient s'accomplir relativement bien, et la respiration était régulière; c'est ce qui explique pourquoi le malade a tenu pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital sa tête renversée en arrière, si bien qu'on s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'une affection des vertèbres cervicales. Lorsque, au contraire, la tête était inclinée en avant, la protubérance, se portant à la rencontre de l'apophyse basilaire, venait appuyer et se comprimer elle-même sur la tumeur formée par le tronc basilaire dilaté. Dans cette situation, la compression du mésocéphale atteignait son maximum et la respiration se suspendait brusquement; l'arrêt des mouvements respiratoires se faisait toujours en expiration, comme il arrive lorsque l'on excite chez des animaux anesthésiés le bout central du pneumogastrique; la pathologie vient ainsi confirmer les résultats de l'expérimentation.

Le fait qui vient d'être rapporté est unique dans la littérature médicale.

Pendant les jours qui ont précédé la mort, le malade était atteint d'un *nystagmus* horizontal et portait les yeux vers la droite par une série de petites oscillations; ce fait vient à l'appui de la théorie formulée précédemment, théorie d'après laquelle la *portion intra-bulbaire du nerf de la sixième paire émettrait un filet destiné au muscle droit interne du côté opposé*, de telle sorte que, dans certains mouvements du globe oculaire, le droit externe du côté droit, par exemple, et le droit interne du côté gauche se contracteraient sous l'influence d'un seul nerf, le moteur oculaire externe droit, et réciproquement.

Dans les faits publiés jusqu'ici, il s'est agi de déviation conjuguée paralytique, dans celui-ci elle était d'origine convulsive.

III. — PATHOLOGIE ET SÉMÉIOTIQUE (1)

A. — Système nerveux

37. — *Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière.*

(Paris, 1871, in-8° de 78 pages.)

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de rechercher, en s'appuyant sur les données de l'expérimentation, de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique, quelle est la pathogénie des phénomènes convulsifs que l'on observe dans les affections organiques de la moelle épinière, suivant quel mécanisme ils se produisent, quelles formes diverses ils peuvent revêtir, quels moyens thérapeutiques on peut leur opposer.

38. — *Étude sur les myélites chroniques diffuses.*

(*Archives générales de médecine.* — Numéros de septembre 1871 à février 1872.)

Ce travail est le premier dans lequel les myélites chroniques diffuses aient été étudiées dans leur ensemble depuis que l'on en a séparé les myélites systématiques. Il a été fréquemment cité par les auteurs qui se sont occupés de cette question.

(1) A côté des articles précédents, il faut considérer, dans la partie de cet exposé qui a trait à la pathologie, comme contenant plus particulièrement des *faits nouveaux* ou des *vues personnelles à l'auteur* ceux qui portent les numéros : 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 53, 54, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 77, 79, 84, 86, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 102, 105 et 108.

39. — *Des paralysies bulbaires.*

(Paris, 1875, in-8°, 154 pages avec planche.)

Cette monographie est la première qui ait été faite sur ce sujet.

40. — *Note pour servir à l'étude physiologique de l'apoplexie.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1873.)

L'apoplexie ne résulte pas seulement d'un trouble dans les fonctions du cerveau : le ralentissement du pouls, la gêne de la respiration, l'affaiblissement ou la disparition des réflexes nécessaires à la déglutition, et enfin la paralysie momentanée du pouvoir excito-moteur de la moelle, paralysie dont témoignent la suppression des réflexes dans les membres inférieurs, le relâchement des sphincters et l'atonie des muscles, montrent que cet organe et le bulbe y sont également intéressés. Ces faits supposent nécessairement *l'intervention d'une cause qui exerce simultanément son action sur toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal.*

Or, on ne constate le plus souvent à l'autopsie qu'une lésion quelquefois peu considérable de l'encéphale. Quels rapports peuvent exister entre cette lésion et les troubles généraux de l'innervation centrale?

On a cru trouver dans l'accroissement que subit la pression intra-cranienne l'explication des phénomènes ; d'autres ont invoqué la congestion des centres nerveux. Un fait rapporté par l'auteur est en contradiction avec ces hypothèses : Il montre qu'une lésion de la moitié *droite* de l'encéphale peut déterminer l'abolition des mouvements réflexes dans le membre inférieur *gauche*, c'est-à-dire qu'il peut annihiler momentanément le pouvoir excito-moteur d'une moitié du renflement lombaire.

Ce phénomène ne peut s'expliquer ni par une élévation de la pression intra-rachidienne, ni par une anémie ou une congestion générale de la substance médullaire, car ces différentes causes exerceraient leur action simultanément sur les fonctions de la totalité de l'axe spinal et ne pourraient par conséquent donner lieu qu'à des phénomènes bilatéraux. On peut affirmer qu'une action à distance ainsi circonscrite ne se produit, dans ces circonstances, que par l'intermédiaire des éléments nerveux.

Les conducteurs nerveux sont les seuls éléments qui puissent être mis en cause; il est probable que l'excitation produite par la lésion de l'encéphale est transmise par leur intermédiaire à la moitié opposée de la moelle et qu'elle en paralyse pour un certain temps les fonctions; il y a là, sans doute, un phénomène *d'arrêt* comparable à ceux que provoque dans d'autres circonstances l'excitation de diverses parties du système nerveux.

L'ensemble des phénomènes apoplectiques se produit vraisemblablement suivant le même mécanisme.

41. — *Des paralysies du membre inférieur d'origine corticale.*

(En collaboration avec M. Giraudeau.)

(Journal *l'Encéphale*, 1883, p. 331-340, avec figure.)

L'étude expérimentale des lésions de l'écorce cérébrale a conduit à diviser la surface des hémisphères en un certain nombre de territoires distincts, auxquels sont dévolues des fonctions spéciales. Un fait observé par les auteurs vient à l'appui de l'opinion de Ferrier qui localise le centre moteur du membre inférieur dans la partie supérieure de la pariétale ascendante et la portion contiguë de la frontale ascendante.

Le malade avait eu pendant quatre mois des accès convulsifs limités à ce membre. On trouva à l'autopsie, dans l'hémisphère droit, un gliome ayant détruit la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral.

En rapprochant ce fait des cas analogues publiés jusqu'ici, on arrive à conclure :

1° *Qu'il existe chez l'homme un territoire distinct de l'écorce cérébrale qui tient sous sa dépendance les mouvements du membre inférieur.*

2° *Que ce territoire a pour centre le tiers supérieur de la pariétale ascendante ainsi que le lobule paracentral, et qu'il empiète en avant sur la partie supérieure de la frontale ascendante, en arrière sur le lobule pariétal supérieur.*

42. — *Note pour servir à déterminer le trajet intra-cérébral du faisceau supérieur du facial.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 937-944.)

L'auteur conclut de trois faits d'hémiplégie dans lesquels l'orbiculaire des paupières était intéressé que son faisceau moteur doit traverser le noyau lenticulaire ou passer dans son voisinage immédiat.

43. — *Du rôle des excitations centripètes dans la pathogénie du tabes dorsalis.*

(*Actes du Congrès médical international de Londres*, 1881, t. I, p. 401.)

44. — *Même sujet.*

(*Bulletins de la Société de biologie*, 1879.)

Le *tabes* semble être avant tout une affection du système nerveux *sensitif :* les troubles de la sensibilité en marquent le début; ils y sont constants et peuvent pendant longtemps y exister seuls; ils suffisent à rendre compte, dans les cas non compliqués, des troubles de la motilité; l'incoordination peut

s'expliquer par la suppression, l'affaiblissement ou la perversion des excitations centripètes, *perçues ou non*, dont l'intervention est nécessaire à la mise en jeu des centres d'innervation motrice spinaux et mésophaliques, et par suite à l'exécution régulière des mouvements ; les lésions occupent primitivement et souvent exclusivement les racines postérieures et les parties de l'axe qui sont affectées à la réception et à la transmission des impressions; si l'on considère que l'on trouve dans les antécédents de la plupart des ataxiques des circonstances qui ont dû donner lieu à des excitations réitérées du système sensitif et notamment des excès vénériens, des fatigues musculaires et des refroidissements fréquents, on est conduit à penser que, sous leur influence, il se sera développé dans les centres sensitifs ganglionnaires (ganglions des racines postérieures) ou spinaux (substance grise postérieure) d'abord un état d'irritation, puis un processus phlegmasique et enfin la sclérose. L'irritation fonctionnelle des centres d'innervation placés sur le trajet des conducteurs centripètes produirait ainsi la sclérose postérieure comme l'irritation fonctionnelle des centres placés sur le trajet des conducteurs centrifuges provoque la téphro-myélite antérieure, lésion de l'atrophie musculaire progressive. Si cette explication est fondée, on peut concevoir que les excitations réitérées des nerfs de la sensibilité *spéciale* donnent lieu aux mêmes effets que l'excitation des nerfs affectés à la sensibilité commune, et que, par conséquent, la névrite optique devienne dans certains cas le point de départ des lésions scléreuses qui débuteraient alors par le mésocéphale. On s'expliquerait ainsi les faits dans lesquels la névrite optique précède de vingt ans l'apparition des douleurs fulgurantes et de l'ataxie ; elle ne serait plus la manifestation initiale, mais bien *le point de départ de la maladie*.

45. — *Note sur un cas d'encéphalite traumatique.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1867.)

46. — *Note sur un cas de fracture du crâne avec hémorrhagie méningée.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1867.)

47. — *Note sur un cas de kyste du cerveau avec sclérose diffuse de la moelle épinière.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

48. — *Sur un fait d'encéphalite subaiguë circonscrite.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

49. — *Sur deux cas de tumeurs du mésocéphale.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1879.)

50. — *Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée.*

(Journal *l'Encéphale* et *Union médicale*, 1885.)

L'auteur, après avoir discuté les différentes hypothèses que l'on peut formuler relativement au *siège* de la lésion qui a produit ces troubles fonctionnels, arrive à la localiser dans les *tubercules quadrijumeaux antérieurs*.

51. — *Sur une encéphalo-myélite diffuse distincte de la paralysie générale.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie.*)

Certains malades présentent tous les symptômes spinaux de

la paralysie générale en même temps que de l'amblyopie, des paralysies oculo-motrices et quelquefois des vertiges, sans trouble apparent de l'intelligence. Une partie de ces malades arrivent à la paralysie générale confirmée. D'autres semblent y échapper : ces derniers représentent un type clinique qui n'a pas encore été suffisamment distingué des autres inflammations chroniques des centres nerveux, et particulièrement de la sclérose en plaques et de la paralysie générale.

52. — Article ENCÉPHALE du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

(En collaboration avec M. Jaccoud)

53 et 54. — Articles MOELLE ÉPINIÈRE (pathologie médicale) et NÉVRALGIES, du même *Dictionnaire.*

On trouve dans ces articles l'exposition complète de l'état de la science au moment où ils ont été publiés, ainsi que des vues personnelles à l'auteur. Les questions de *classification*, de *physiologie pathologique* et de *pathogénie* y sont particulièrement traitées avec soin; ce sont, à beaucoup d'égards, des mémoires originaux.

Pour ce qui est des névralgies en particulier, l'auteur établit que l'on confond actuellement sous ce nom : 1° un *syndrome* caractérisé par des douleurs paroxystiques intermittentes ou rémittentes et siégeant sur le trajet des nerfs; 2° un certain nombre *d'états morbides* (*affections*) qui ont pour caractères communs de donner lieu à ces mêmes troubles fonctionnels, d'être localisés dans l'appareil nerveux sensitif et de ne s'accompagner d'aucune modification importante dans l'aspect des parties, ni de troubles graves dans la santé générale, mais qui présentent, à côté de ces analogies, des différences essentielles dans leur pathogénie, dans leur évolution et souvent dans l'en-

semble de leurs symptômes et ne devraient pas, en conséquence, être réunis sous une même étiquette. Il importerait de faire cesser la confusion qu'entraîne cette double faute de nomenclature en réservant le nom de *névralgie* au *syndrome* qui vient d'être défini et en assignant, conformément aux règles de notre nosographie, des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques aux affections diverses dont il est l'expression clinique. L'auteur admet, dès à présent, que les faits groupés sous le nom de *névralgies* répondent non seulement à la *névrose* et, comme l'ont montré Fernet et Landouzy, aux *inflammations subaiguës* et *chroniques*, mais aussi à la *congestion*, à l'*anémie*, à la *compression* et à l'*excitation* à distance des nerfs sensitifs. La classe des névralgies, telle qu'elle a été constituée par les auteurs, comprend donc des états morbides de nature diverse. L'auteur, dans le courant de l'article, s'attache à faire faire ressortir les différences qui les séparent.

B. — Appareil circulatoire.

55. — *Note sur un cas de rupture du cœur.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1866.)

56. — *Note sur un anévrysme vrai de la crosse de l'aorte.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1868.)

57. — *Note sur un anévrysme guéri de la crosse de l'aorte.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

58. — *Note sur un anévrysme partiel du cœur.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

59. — *Note sur deux faits de rétrécissement ventriculo-aortique.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869.)

Ce fait montre qu'un état de somnolence prolongé peut avoir pour cause prochaine l'anémie du cerveau.

60. — *Note sur deux faits d'oblitération artérielle.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869.)

C. — **Appareil respiratoire**.

61. — *La doctrine de la fièvre pneumonique.*

(Revue générale dans la *Revue des Sciences médicales*, 1878, p. 730-739.)

L'auteur combat la théorie qui fait de la pneumonie franche une maladie générale ; il montre que tous les phénomènes morbides qui la caractérisent peuvent s'expliquer par la lésion locale.

D. — Dermatologie.

(Voir les articles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 111, 115, 117, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131 et 132.)

62. — *Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie de certains os et arthropathies multiples.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1873.)

Les lésions atteignaient simultanément, dans ce cas, la peau, la muqueuse linguale, les muscles des lèvres et de la langue, les phalanges des doigts et des orteils, et beaucoup d'articulations.

L'auteur montre l'analogie que présentaient ces phénomènes morbides avec ceux qui caractérisent l'atrophie unilatérale de la face. Il est conduit à rapprocher les deux états morbides et à les considérer comme de simples variétés d'une même affection ; il s'attache à établir que l'une et l'autre ont pour origine un trouble de l'innervation et propose de les désigner sous le nom de *trophonévrose disséminée*.

63. — *Sur un cas d'herpès phlycténoïde avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée.*

(En collaboration avec M. Tuffier.)

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1882, p. 79-86.)

64. — *Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.*

(En collaboration avec M. Tuffier.)

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1881, p. 221-228.)

Ce rhumatisme s'est manifesté avec acuité simultanément du

côté des jointures, de la peau, du poumon et du péricarde. La forme de la manifestation cutanée a été tout à fait exceptionnelle ; on aurait pu, au premier abord, croire à une scarlatine, mais le fait que l'érythème s'est ravivé sur tout le corps, plusieurs jours après avoir pâli, les caractères de la desquamation et l'absence d'angine ont permis d'écarter ce diagnostic. Ce fait a été surtout remarquable par l'abondance énorme et la persistance de la desquamation ; il a présenté beaucoup d'analogie avec plusieurs des cas publiés sous le nom de dermatite exfoliatrice aiguë.

65. — *Le mycosis fongoïde.*

(Revue générale dans la *Revue des sciences médicales*, octobre 1885, p. 744-756.)

C'est un travail de critique en même temps qu'un exposé des travaux récemment parus sur la question. Il s'agit très vraisemblablement d'une maladie infectieuse analogue par ses lésions à la tuberculose, à la syphilis et à la lèpre. On paraît l'avoir confondue plusieurs fois avec des cas de sarcomes cutanés multiples.

66. — *Note sur un fait de syphilis à évolution anormale.*

(*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1887.)

Ce fait montre que la syphilis peut, après avoir donné lieu à des lésions circonscrites et destructives, se traduire de nouveau, plus de quatre ans après son début, par des manifestations généralisées et superficielles; elles ont consisté dans ce cas en une éruption de papules d'aspect lichénoïde; l'affection différait de la syphilide papuleuse vulgaire par le groupement des éléments en arcs de cercle, leur couleur cuivrée, leur longue durée et leur résistance prolongée au traitement.

67. — *Sur une forme suppurative de lupus tuberculeux.*

(En collaboration avec M. Wickham.)

(*Congrès pour l'étude de la tuberculose* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888.)

Les examens histologiques et les cultures ont établi que, dans ce cas, les suppurations du lupus n'étaient dues, ni à la présence de microbes dits pyogènes, ni à l'action directe des bacilles tuberculeux. Les auteurs ont été ainsi conduits à rechercher ailleurs que dans l'action directe des microbes leur cause prochaine et à faire intervenir les ptomaïnes ou leucomaïnes ; ils ont admis que les bacilles engendrent, aux dépens du milieu organique dans lequel ils se développent, des produits qui exercent une action irritante sur les tissus voisins et peuvent en amener la suppuration. Il est très probable que c'est également par l'intermédiaire de leucomaïnes provenant de leur action sur le milieu ambiant que les bacilles de la tuberculose donnent lieu à la production des nodules lupiques et des gommes. *Si donc les bacilles sont les agents essentiels de la tuberculose et seuls capables de la transmettre, ils n'en produisent, selon toute vraisemblance, les lésions qu'indirectement, par l'intermédiaire de substances chimiques résultant de leur mouvement nutritif et de l'action qu'il exerce sur le milieu dans lequel ils se développent.*

68. — *Sur une espèce particulière d'acné sébacée concrète avec hypertrophie.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Ce type clinique n'était connu que par un travail de Lutz et un moulage de M. Besnier : l'auteur ayant constaté que les concrétions renfermaient 36 p. 100 de matières grasses a admis qu'il s'agissait d'une maladie générale, d'une dyscrasie aboutissant à

un trouble dans l'évolution des matières grasses qui deviennent irritantes. La malade est la même que M. Darier a considérée comme atteinte d'une psorospermose folliculaire végétante; il est encore contesté qu'il s'agisse d'une maladie parasitaire.

69. — *Sur l'eczéma séborrhéique.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

L'auteur admet que l'élimination des matières grasses par les glandes sébacées et sudoripares peut donner lieu, suivant les modes de réaction différents des sujets, à différentes variétés d'eczéma ou d'acné.

70. — *Sur la maladie de Paget.*

(*Ibid.*)

Il faut chercher la cause des caractères spéciaux de cette maladie dans les organes spéciaux qui appartiennent aux parties où elle siège, c'est-à-dire dans les conduits galactophores. Il s'y développe un épithéliome qui, en raison de cette localisation, présente des caractères particuliers et entraîne le développement d'une dermite à caractères également propres et distincte de l'eczéma. Les malades de l'auteur sont ceux chez lesquels M. Darier a trouvé les corpuscules qu'il considère comme des coccidies.

71. — *Sur un purpura hémorrhagique chez un enfant.*

(*Ibid.*)

L'auteur explique les hémorrhagies que l'on observe chez l'homme en voie de croissance, par une suractivité dans le fonctionnement des organes hématopoiétiques.

72. — *Acné et eczéma séborrhéiques.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

L'auteur établit que, contrairement à l'opinion d'Unna, les troubles dans les fonctions des glandes sébacées concourent à la genèse des affections séborrhéiques.

73. — *Herpès récidivant de la main.*

(*Ibid.*)

L'auteur admet que des poussées successives de vésicules se renouvelant pendant trois ans à la paume de la main sur les faces latérales du médius et dans le prolongement de son axe sont de nature tropho-névrotique.

74. — *Sur un pityriasis rubra pilaris.*

(*Ibid.*)

L'auteur rattache cette affection à un trouble dans le fonctionnement de l'appareil pilo-sébacé.

75. — *Sur une dermatite exfoliatrice ayant dix-huit mois de durée.*

(*Ibid.*)

76. — *Sur une tuberculose pachydermique.*

(*Ibid.*)

77. — *Sur un cas de dermatite herpétiforme de Duhring.*

Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

L'auteur rattache cette affection à une auto-intoxication par les leucomaïnes que l'organisme fabrique incessamment et dont les propriétés chimiques et physiologiques peuvent se modifier sous l'influence de causes accidentelles ou peut-être aussi diathésiques..

78. — *Neuro-fibromes multiples.*

(*Ibid.*)

L'auteur admet qu'il s'agit de néoplasmes complexes liés à un trouble probablement congénital dans le développement des tissus.

79. — *Sur un cas de lichen plan avec dilatations considérables et isolées des orifices sudoripares.*

(*Ibid.*)

L'existence isolée de ces dilatations à côté de papules nettement caractérisées montre que l'altération des conduits sudoripares n'est pas toujours secondaire, comme on l'a soutenu.

80. — *Sur un lichen plan à forme végétante et cornée.*

(*Ibid.*)

81. — *Sur une dermatite bulleuse.*

(*Ibid.*)

82. — *Sur un pityriasis rubra pilaris.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

83. — *Sarcomatose cutanée, consécutive à une sarcomatose ganglionnaire.*

(*Ibid.*)

84. — *Interprétation physiologique d'une éruption tricophytique disposée en cercles concentriques.*

(*Ibid.*)

L'auteur admet que les cercles tricophytiques, comme les plaques psoriasiques, exercent une action sur la vascularisation des parties qui les entourent en amenant par voie réflexe l'excitation de leurs vaso-constricteurs et les transforment ainsi en un terrain défavorable, soit à la culture du champignon, soit plutôt au développement de l'inflammation exsudative qu'il provoque dans les parties saines.

85. — *De la constitution du groupe lichen.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Le groupe lichen est artificiel : c'est arbitrairement qu'on y fait rentrer diverses affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux de leurs éléments. On devra ultérieurement substituer au mot lichen des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Les maladies actuellement confondues sous ce nom peuvent être rattachées à d'autres types, à l'exception de celle qu'a décrite E. Wilson ; c'est cette dernière seule

qu'il convient aujourd'hui d'appeler lichen; elle constitue une espèce morbide.

La qualification de lichen planus n'est plus applicable qu'à une variété de cette maladie. On doit en admettre une forme aiguë et une forme chronique et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de *lichen planus, obtusus, acuminatus, tubéreux, corné, en collier de corail* et *scléreux*. La forme aiguë comprend une partie des faits publiés sous le nom de *lichen ruber acuminatus*.

86. — *Des récidives* in situ *des syphilides.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Le plus habituellement les syphilides ne récidivent pas dans la cicatrice même d'anciennes syphilides, mais bien à leur périphérie, dans leur voisinage immédiat; il en est de même, selon toute vraisemblance, pour les syphilomes développés dans les viscères : c'est pour cette raison que leurs symptômes se modifient ; c'est là un des caractères des encéphalopathies syphilitiques. (On peut en dire autant des angines de poitrine spécifiques.)

87. — *Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithéliome.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890.)

Il résulte de ce travail que les syphilomes linguaux peuvent persister et continuer à proliférer malgré un traitement intensif; qu'ils peuvent occuper simultanément les parties profondes de l'organe et les parties sous-jacentes à la muqueuse; qu'ils peuvent constituer des tumeurs indurées et végétantes; qu'ils peuvent prendre la forme d'excroissances papillomateuses; qu'ils peuvent s'accompagner d'adénopathies.

88. — *Sur un hydradénome compliqué d'épithélioma vulgaire.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

89. — *Sur un herpès en cocarde confluent du tronc.*

(*Ibid.*)

90. — *Nouvelle étude sur un cas de dermatite herpétiforme en cocarde.*

(*Ibid.*)

Dans un cas de dermatite herpétiforme de Duhring, l'auteur a vu survenir, comme complication, une néphrite albumineuse; dans un autre, une endocardite; il attribue ces complications à l'action phlogogène des toxines dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie; s'il en est ainsi, cette action peut ne pas rester, comme il est de règle, limitée à la peau; elle peut s'étendre à différents viscères, particulièrement aux reins et au cœur.

91. — *Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë.*

(En collaboration avec M. Jeanselme.)

(*Bulletin de la Société française* et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

Les conclusions de ce travail sont formulées ainsi qu'il suit : l'infection farcino-morveuse peut se prolonger, chez l'homme, pendant six ans; la maladie, peut, dans son cours, rester silencieuse pendant un certain temps; la durée de cette accalmie peut atteindre trois années; on doit penser à cette infection quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-

cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines; les abcès farcineux peuvent, après s'être ouverts, se terminer spontanément par la guérison, mais le fait est rare; en pareil cas, on peut constater, à l'aide d'inoculations, que le pus qu'ils sécrètent perd rapidement sa virulence; les abcès qui deviennent fistuleux semblent au contraire garder indéfiniment la propriété de transmettre la morve; les ulcérations farcineuses se produisent surtout sur les muqueuses buccale et pituitaire; le fait des auteurs paraît être le premier dans lequel elles aient envahi et détruit les lèvres; elles ont succédé à des néoplasies d'aspect inflammatoire, mais non toujours suppuratives; elles se différencient des ulcérations syphilitiques par leurs bords irréguliers, déchiquetés, fouillés et renversés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leurs vastes décollements, la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent et leur résistance au traitement spécifique.

La poussée aiguë terminale peut avoir pour point de départ la pituitaire ulcérée; elle se propage par les voies lacrymales; elle diffère de l'érysipèle par l'absence d'engorgements ganglionnaires, la formation d'eschares profondes avec destruction rapide des tissus et une éruption pustuleuse qui peut rester limitée aux téguments du nez; cette poussée de morve aiguë peut, contrairement à la règle, durer plus de 40 jours; dans toutes les sécrétions virulentes, on trouve le bacille spécifique de la morve mêlé à d'autres microbes; dans les collections non ouvertes, le bacille se trouve seul ou associé au staphylocoque; les deux moyens pratiques pour arriver rapidement au diagnostic de la morve sont les cultures sur pommes de terre, qui prennent en quelques jours une coloration rouge brun caractéristique, et les inoculations dans le péritoine de cobayes qui sont suivies du développement, dans les 48 heures, d'une vaginalite caséo-suppurée caractéristique; le seul traitement efficace est la cautérisation avec le fer rouge.

92. — *Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

Ce fait diffère surtout de ceux qui ont été publiés jusqu'ici par la complexité de la cocarde, qui ne compte pas moins de quatre cercles concentriques et par l'identité d'aspect des différents groupes de papules qui constituent chacun de ces cercles; celles du centre ne sont ni plus volumineuses, ni plus livides, ni plus effacées que celles de la périphérie ; elles semblent toutes du même âge, d'une même poussée.

93. — *Sur les caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique.*

(*Ibid.*)

Les cicatrices de ces boutons peuvent offrir les plus grandes analogies avec celles des syphilides ; elles en diffèrent par l'aspect abrupt et nettement tranché de leurs bords.

94. — *Sur un cas de sarcome du voile du palais et du pharynx.*

(*Ibid.*)

L'histoire de ce malade conduit l'auteur à formuler les propositions suivantes :

Contrairement à la règle, des tumeurs sarcomateuses peuvent se développer successivement et symétriquement dans les deux amygdales, en même temps que sur les piliers du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx; elles peuvent, lorsqu'elles occupent les amygdales, s'ulcérer en forme de croissant à concavité interne et simuler alors, par leur configuration en même

temps que par leur grande dureté, une localisation gutturale d'un rhino-sclérome.

Le diagnostic différentiel ne peut être établi, pendant longtemps, que par les résultats négatifs des recherches bactériologiques et par l'examen histologique : c'est de même la biopsie qui permet de différencier ce néoplasme d'un épithéliome.

95. — *Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales.*

(*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

Les conclusions de ce travail sont exposées ainsi qu'il suit :

La formation chez certains sujets de syphilomes multiples des os indique que chez eux le tissu osseux constitue un milieu favorable à la culture et au développement du contage; ces syphilomes peuvent donner lieu à un mal de Pott spécifique, conformément aux vues de M. A. Fournier. Ils offrent une remarquable résistance au traitement.

96. — *Sur une dermatite papuleuse et érythémateuse de nature indéterminée.*

(*Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

97. — *Sur un érythème papuleux anormal.*

(*Ibid.*)

Il est probable que l'on confond sous le nom d'érythème polymorphe des dermatoses de nature diverse; une d'elles est présentée par le malade qui fait l'objet de cette communication.

98. — *Sur un cas de mycosis fongoïde avec érythrodermie caractéristique et adénopathies localisées.*

(*Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.)

La disposition des placards érythrodermiques en larges plaques, l'intensité de la coloration et surtout l'épaississement notable que présente la peau à leur niveau ont une physionomie caractéristique. Malgré le prurit, il ne se développe pas de prurigo chez les mycosiques; ce fait peut s'expliquer par l'altération que subissent en pareil cas les papilles du derme. Les adénopathies concomitantes sont liées au développement des lésions cutanées; elles ne sont donc pas l'expression d'un trouble général de la nutrition.

99. — *Sur une érythrodermie chronique avec poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde.*

(*Ibid.*)

100. — *Sur l'évolution d'un lupus érythémateux exanthématique en foyers multiples.*

(*Ibid.*)

101. — *Sur cinq cas de rubéole.*

(*Bulletins de la Société clinique* et *France médicale*, 1890.)

102. — *Sur la genèse des suppurations tuberculeuses.*

(*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891.)

Les bacilles provoquent très vraisemblablement ces suppura-

tions par l'intermédiaire des substances chimiques qu'ils engendrent. Les résultats des injections de lymphe de Koch apportent de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir; l'auteur les a vues en effet amener de la suppuration dans des conditions multiples et très diverses : or cette lymphe est stérilisée ; son action ne peut donc être que purement chimique.

103. — *Recherches sur la nature d'un lupus érythémateux.*

(En collaboration avec M. Jeanselme.)
(*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891.)

La clinique permet d'établir des relations presque constantes entre les différentes formes de lupus érythémateux et la tuberculose; il est donc très vraisemblable que, conformément à l'opinion de M. E. Besnier, cette affection est un produit de l'infection tuberculeuse; s'il n'est pas inoculable, c'est que le contage y est très atténué.

104. — *Sur un cas de nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux.*

(*Bulletins de la Société clinique* et *France médicale*, 1891.)

Les nævi peuvent intéresser plus particulièrement les glandes pilo-sébacées et mériter le nom de kérato-pilaires : bien que d'origine embryonnaire, ils peuvent continuer à se développer pendant l'enfance et pendant la jeunesse; ils peuvent prendre l'aspect lichénoïde.

105. — *Les nævi.*

(Leçon clinique publiée dans le *Progrès médical*, juillet 1891.)

Les altérations que l'on doit faire rentrer dans le cadre des

nævi sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne l'a dit jusqu'ici; la division des nævi en pigmentés et vasculaires est tout à fait insuffisante : on doit comprendre parmi les nævi, comme l'a établi Pollitzer, toutes les néoplasies cutanées d'origine embryonnaire; ces néoplasies peuvent n'apparaître en totalité ou en partie que longtemps après la naissance; l'hyperplasie embryonnaire de chacun des éléments qui entrent dans la constitution de la peau, peut donner lieu à autant de variétés de nævi. *Parmi les nævi non décrits jusqu'ici il faut compter les nævi cornés des orifices sudoripares et les nævi pilo-folliculaires*; parmi les néoplasies considérées jusqu'ici comme distinctes des nævi et qui doivent leur être rattachées, il faut ranger, non seulement avec Brocq, le molluscum vrai, mais aussi les adénomes sébacés et sudoripares, les hydradénomes, une partie des kératodermies et des lymphangiomes cutanés; les nævi peuvent être, comme l'a montré Philippson, disposés en traînées qui correspondent aux limites de territoires nerveux voisins; on peut s'en expliquer alors la production par la superposition des actions trophonévrotiques appartenant aux rameaux anastomosés; les nævi peuvent exceptionnellement suivre une évolution, rétrocéder ou s'étendre; ils constituent parfois des lieux de moindre résistance et peuvent particulièrement devenir le point de siège d'inflammations eczémateuses; ils peuvent aussi dégénérer et être le point de départ d'épithéliomes ou de sarcomes; leurs formes verruqueuses sont souvent confondues avec des eczémas; on doit attacher une grande importance, au point de vue du diagnostic à leur disposition en longues séries linéaires : elle est caractéristique.

106. — *Sur la production, consécutivement à des plaques de psoriasis, d'achromies persistantes.*

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1892.)

E. — Varia.

107. — *Sur les premiers cas d'infection puerpérale observés à l'hôpital Tenon.*

(En collaboration avec M. Stackler.)
(*Union médicale*, 1880.)

108. — *Note sur un cas de cancer généralisé avec tumeur intra-médullaire.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

IV. — THÉRAPEUTIQUE

109. — *Du mercure. Action physiologique et thérapeutique.*

(Paris, 1878, in-8°, 272 p.)

110. — *Action du mercure sur les maladies infectieuses.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1878.)

La monographie intitulée *Du Mercure, action physiologique et thérapeutique*, est le travail le plus complet qui ait été fait sur ce sujet ; elle expose l'état de la science, au moment où elle a été publiée, en même temps que des vues et des expériences personnelles à l'auteur.

Elle est divisée en trois parties :

Dans la *première*, l'auteur résume l'histoire, à la fois pleine d'intérêt et riche en enseignements du médicament.

Les anciens ont condamné l'usage du mercure parce qu'ils le

considéraient comme un *poison*. Une révolution s'est faite à ce point de vue dans la thérapeutique : *loin d'éliminer les poisons de leur matière médicale, les modernes les comptent parmi ses agents les plus précieux ; non seulement il n'y a plus de contradiction entre l'idée de poison et celle de médicament, mais, au point de vue de la physiologie générale, il y a presque identité entre les deux ordres d'agents; ils ne diffèrent que par l'intensité de leur action.*

La *deuxième partie* est consacrée à l'étude de l'*action physiologique* du mercure (l'auteur entend par là son action sur l'organisme vivant). Elle s'exerce d'abord *localement*, au *point d'application*; puis après l'absorption, elle modifie *la constitution des tissus et le jeu des organes*; elle détermine enfin des désordres dans les parties par lesquelles *s'élimine le poison*.

L'action sur l'organisme diffère du tout au tout suivant que le médicament a été administré à faibles ou à fortes doses; à forte dose, il constitue un agent puissant de destruction organique et de dénutrition, il abaisse le chiffre des globules; à faible dose, il est plutôt *reconstituant*, il semble élever le chiffre des globules et il augmente le poids du corps.

Ces faits sont en contradiction avec la théorie qui rapporte les effets thérapeutiques du mercure à son action dénutritive (théorie très en honneur au moment où l'auteur a publié son travail). Celle-ci ne se produit pas quand le médicament est donné à de petites doses.

La clinique fournit également des arguments décisifs contre cette manière de voir; il existe, en effet, toute une série de néoplasies dont la structure offre les plus grandes analogies avec celle des syphilomes : tels sont les nodules de la tuberculose, de la lèpre et de la morve; or, ces dernières productions ne subissent que d'une manière douteuse l'influence du mercure, tandis que les syphilomes sont rapidement modifiés par ce médicament; celui-ci doit donc nécessairement, dans ce dernier cas, agir sur le seul élément qui différencie notablement les néoplasies syphilitiques des précédentes, c'est-à-dire sur leur élément *spécifique*.

On arrive à la même conclusion, quand on considère que le

mercure exerce son action, non seulement, comme on l'a dit, sur les manifestations de la syphilis, mais aussi sur la maladie elle-même, considérée dans son ensemble, qu'il en atténue la gravité, et qu'il peut en enrayer l'évolution. (Ce fait est de toute évidence pour la syphilis infantile.)

On peut aller plus loin et essayer de déterminer comment s'exerce cette action du mercure sur les êtres vivants. C'est avant tout un toxique : il tue les végétaux; il tue les animaux inférieurs; ses vapeurs tuent dans l'œuf les insectes et les oiseaux; l'auteur a démontré que ses solutions *arrêtent la germination* (expériences sur le cresson alénois traité par la solution de sublimé). Son action toxique est donc *universelle*; c'est de toutes ses propriétés la mieux établie et la plus certaine; elle explique clairement ses effets salutaires dans les maladies de nature parasitaire.

Ne peut-elle pas également rendre compte de son action dans les maladies infectieuses? Les virus et les contages se comportent comme des êtres vivants; ils ont l'attribut essentiel de la vie, la faculté de se reproduire et de se multiplier; s'il en est ainsi, on peut admettre avec vraisemblance que le mercure exerce sur eux, comme sur tous les êtres vivants, une influence nocive et il devient dès lors possible de comprendre, comment les mercuriaux peuvent guérir la syphilis; comment le vaccin perd ses propriétés quand on le mélange avec une faible proportion de sublimé (Chauveau) (1); comment les onctions avec l'onguent napolitain enrayent le développement des pustules de la vaccine et de la variole; comment le calomel est utile dans la fièvre typhoïde et héroïque dans la dysenterie; comment enfin on a pu en obtenir des résultats favorables dans la plupart des maladies infectieuses.

Les propriétés toxiques du mercure permettent également de s'expliquer pourquoi les médecins continuent, malgré ses très réels inconvénients, à l'employer comme caustique dans le trai-

(1) Chauveau, Expériences faites sur la demande de l'auteur.

tement de la pustule maligne et des néoplasies syphilitiques : il n'a pas seulement pour effet de détruire les parties malades, il exerce sur des produits *spéciaux* une action *spéciale*, il s'attaque à la *nature* même du mal.

Si l'on considère enfin que les éléments anatomiques eux-mêmes peuvent être regardés comme des organites vivant dans le sang et le plasma interstitiel d'une vie propre et autonome, on peut se demander si les mercuriaux, employés à hautes doses, n'exercent pas également sur eux leur action toxique et s'ils ne peuvent pas entraver ainsi l'organisation des globules blancs qui semblent jouer un rôle prépondérant dans la genèse des néoplasies inflammatoires?

L'auteur a été conduit par ces diverses considérations à admettre, contrairement aux idées qui dominaient alors, que *les effets thérapeutiques au mercure doivent être rapportés surtout à son action toxique ou antibiotique.*

Dans l'article consacré au mode d'administration du mercure chez les syphilitiques, l'auteur étudie complètement *la méthode des injections hypodermiques* et en fait ressortir les avantages et les inconvénients. Elle permet de doser exactement la quantité de mercure que l'on introduit dans l'organisme, d'éviter sûrement les troubles digestifs, mais elle a l'inconvénient de provoquer d'assez vives douleurs et d'amener parfois la formation d'abcès ou d'eschares; la question est encore à l'étude.

111. — *Cautérisation d'un chancre induré par le sublimé, pratiquée dans le but d'enrayer le développement d'une syphilis.*

(*France médicale*, 1885.)

L'excision du chancre induré ne paraît réussir que bien rarement à faire avorter la syphilis.

Peut-être aurait-on plus de chances de succès en traitant la lésion initiale par une substance capable d'agir, en même temps,

sur les éléments infectieux qu'elle contient et sur ceux qui sont en voie d'absorption.

Les heureux résultats que donne le traitement local de la pustule maligne peuvent être invoqués en faveur de cette manière de voir. L'auteur a essayé cette médication chez un malade porteur d'un chancre induré qui datait de cinq jours, et ne s'accompagnait pas encore d'adénopathies; elle a été bien supportée, mais n'a pas empêché la maladie d'évoluer.

112. — *Lettre à M. Diday : Action du mercure sur la syphilis.*

(*Lyon-Médical*, 1878.)

113. — *Du traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine.*

(Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 13 août 1880, p. 55-84).

114. — *Deuxième communication sur le même sujet.*

(Faite le 28 mai 1881.)

L'indication principale dans la fièvre typhoïde est d'agir, par un médicament spécifique, sur le principe infectieux qui en détermine l'évolution, comme on agit par le sulfate de quinine sur le miasme palustre, et par le mercure sur le contage syphilitique.

Une autre indication capitale est fournie par l'*hyperthermie*.

Dans le but de répondre à ces indications, l'auteur, après les professeurs Liebermeister et Jaccoud, emploie un traitement dont le calomel, le sulfate de quinine et le salicylate de soude constituent les agents essentiels; il ne donne les bains froids que dans des cas exceptionnels, alors que l'hyperthermie atteint des proportions extrêmes, résiste aux antipyrétiques internes et

met par elle-même en péril la vie des malades; il la considère alors comme une médication *de nécessité*, comparable à la thoracentèse dans les grands épanchements pleuraux et à la trachéotomie dans le croup.

Le salicylate de soude doit être alors employé avec prudence et à doses notablement plus faibles que dans le rhumatisme articulaire; c'est une arme à deux tranchants; l'auteur l'a vu provoquer l'apparition et l'aggravation de la dyspnée, et quelquefois des hémorrhagies ou un délire passager.

En donnant des doses de 2 ou 3 grammes et en alternant le médicament avec le sulfate de quinine, on évite, presque à coup sûr, ces accidents.

Relativement au mode d'action des préparations salicylées, l'hypothèse la plus vraisemblable est celle de M. Vulpian qui leur attribue une action modératrice sur l'activité fonctionnelle des éléments anatomiques et montre que l'on peut s'expliquer ainsi la diminution des combustions, la résolution des phlegmasies et l'abaissement de la température; peut-être son influence s'exerce-t-elle également sur l'agent infectieux : ce ne serait donc pas par leurs effets physiologiques, mais par leur action paralysante, on peut dire *toxique*, sur les éléments anatomiques et les micro-organismes que les préparations salicylées abaisseraient la température et pourraient modifier l'évolution de certaines maladies.

Cette interprétation paraît au premier abord plus difficilement acceptable pour le salicylate de soude qu'elle ne l'est pour l'acide salicylique, car celui-ci a seul le pouvoir de tuer ou de paralyser les micro-organismes, mais il est bien probable qu'en donnant le salicylate de soude, on donne en réalité de l'acide salicylique, car *l'auteur a reconnu*, avec M. Ch. Richet, *que ce sel est décomposé dans l'estomac par l'acide du suc gastrique, et l'acide salicylique mis en liberté.*

Cet ensemble de considérations est en grande partie applicable au sulfate de quinine qui offre, avec le salicylate de soude, de grandes analogies.

On peut obtenir avec ces deux médicaments des effets antipyrétiques comparables à ceux que produisent les bains froids, sans tourmenter les malades et sans les exposer aux mêmes accidents

On doit considérer comme des contre-indications à l'usage du salicylate de soude les complications thoraciques, les troubles cérébraux graves et les hémorrhagies.

L'action antipyrétique du sulfate de quinine se produit alors même que celle du salicylate de soude semble être épuisée, et réciproquement; leurs effets thérapeutiques s'additionnent, mais non leurs effets toxiques.

115. — *Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré intus et extra.*

(Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 9 août 1881, p. 85-92)

M. Bochefontaine a montré et l'auteur lui-même a constaté plusieurs fois que, si l'on applique, sur une articulation, des compresses imbibées d'une solution neutre de salicylate de soude au 20ᵉ et recouvertes de taffetas gommé, le médicament passe dans l'urine. L'auteur s'est demandé si le salicylate ainsi absorbé par la peau ne pourrait pas exercer une action sur la phlegmasie *spécifique* qui constitue l'érysipèle, et il a employé, chez treize malades atteints de cette affection, la médication suivante :

1° Application sur la partie malade de compresses imprégnées d'une solution au 20ᵉ de salicylate de soude et fréquemment renouvelées ;

2° Administration chaque jour à l'intérieur de 4 grammes de salicylate de soude, en trois fois, dans du grog léger.

Deux fois, le passage de salicylate de soude dans l'urine a été constaté chez des malades qui n'en avaient pas encore pris à l'intérieur.

L'examen des tracés montre que, presque toujours, la température a baissé notablement, à partir du moment où le traitement par les préparations salicylées a été institué ; on peut en

conclure que, dans cette maladie comme dans la fièvre typhoïde, les dangers qu'entraîne par elle-même l'hyperpyrexie peuvent être, sinon conjurés, du moins très atténués par cette médication.

D'autre part, il semble bien que, dans plusieurs cas, l'évolution de la maladie ait été notablement abrégée, quelquefois même brusquement interrompue.

116. — *Note sur la formation d'acide salicylique libre dans l'estomac des animaux auxquels on a fait ingérer du salicylate de soude en même temps que des aliments.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, octobre 1880.)

Si l'on dissout du salicylate de soude, préalablement neutralisé, dans une solution d'acide chlorhydrique présentant le même degré d'acidité que le suc gastrique, on peut constater qu'une certaine quantité d'acide se trouve mise en liberté.

Si l'on agite cette solution avec de l'éther, on voit se produire la coloration caractéristique aussitôt que l'on a ajouté quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer ; or, l'on sait que l'acide salicylique est soluble et le salicylate de soude insoluble dans l'éther.

L'auteur, avec le concours de M. Ch. Richet, a répété trois fois la même expérience avec le suc gastrique d'animaux en digestion, et il a obtenu constamment le même résultat. Ce fait montre qu'en donnant du salicylate de soude on donne, par cela même, de l'acide salicylique et que l'on peut, en conséquence, administrer ce sel aussi bien que l'acide dans le but d'agir sur les principes infectieux contenus dans les voies digestives.

117. — *Des éruptions pemphigoïdes d'origine iodique.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1881, p. 355.)

Les éruptions bulleuses d'origine iodique, signalées en 1871

par O'Reilly, ont été étudiées depuis par plusieurs dermatologues anglais ainsi que par MM. Besnier et Rendu.

Leurs caractères sont loin d'être identiques dans tous les cas : c'est ainsi que, dans le fait de Pellizari, l'éruption a été accompagnée d'accidents généraux, comparables à ceux qui marquent l'invasion d'une pyrexie; dans cette même observation et dans une de Duhring, l'éruption a débuté par l'apparition de papules érythémateuses, et c'est sur ces saillies que se sont développées les bulles : dans les faits décrits par l'auteur, la bulle a été, au contraire, la lésion initiale; l'érythème ne s'est développé que secondairement et a été peu prononcé.

La nature du liquide exsudé est également variable : c'est tantôt une sérosité transparente, tantôt du pus, tantôt un exsudat complexe dans lequel on trouve à la fois des globules de pus et des produits épidermiques.

Dans l'un des cas observés par l'auteur, on a constaté que le décollement épidermique portait sur la partie moyenne du corps muqueux; le contenu des bulles était recouvert par toute l'épaisseur des couches cornées et celles-ci étaient considérablement hypertrophiées. Cette éruption n'est pas accompagnée nécessairement des symptômes habituels de l'iodisme; elle peut donc être méconnue dans sa nature, donner lieu à une erreur de diagnostic et persister aussi longtemps que l'on continue la médication. Elle présente parfois un caractère assez sérieux pour nécessiter la suppression du traitement par les préparations iodées.

118. — *Sur un nouvel antipyrétique, le chlorhydrate de kairine (chlorhydrate d'hydrure méthylique d'oxiquinoléine).*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1883.)

L'auteur a expérimenté ce médicament, conformément aux indications de Filehne, à la dose de 30 à 50 centigr. toutes les heures ou toutes les heures et demie; après la première dose,

quelle que soit la maladie, la température s'abaisse ordinairement d'un demi-degré à 2°, pour descendre à la normale, ou au-dessous, après la troisième ou la quatrième; la chute est d'autant plus rapide que la dose est plus élevée ; elle s'accompagne de sueurs abondantes qui cessent bientôt si l'on maintient la température au chiffre physiologique en donnant de nouvelles doses du médicament. Pendant l'apyrexie, les malades éprouvent une sensation marquée de bien-être ; le pouls reprend sa fréquence normale ; mais il faut, pour que cet état se maintienne, continuer à administrer le médicament à la dose précédemment indiquée ou à celle de 1 gramme toutes les deux heures et demie, car autrement la fièvre remonte rapidement au chiffre qu'elle atteignait auparavant et cette ascension s'accompagne d'un frisson. On peut éviter cet accident en abaissant les dernières doses et en les donnant à de plus courts intervalles ; au lieu de 50 centigr. toutes les heures, les malades ne prennent plus que 25 centigr. tous les trois quarts d'heure ; leur température remonte graduellement et quand elle atteint le chiffre où elle était avant l'intervention thérapeutique, on peut suspendre la médication ; le frisson n'est plus à redouter.

Chez les sujets de constitution débile, on peut obtenir l'apyrexie avec des doses plus faibles.

Les urines des malades soumis à l'usage de la kairine prennent une teinte vert foncé.

On peut, avec la kairine, faire évoluer une pneumonie franche dans l'apyrexie.

Trois observations de pneumonie démontrent l'exactitude de ce fait.

On peut dire que le chlorhydrate de kairine est actuellement, de tous les antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide. Il permettra d'éviter, à coup sûr, les dangers que l'hyperthermie entraîne par elle-même. Faudra-t-il s'en servir pour faire évoluer sans fièvre une pneumonie, une fièvre typhoïde ou toute autre maladie ? Serait-ce là une pratique sans inconvénient ? La réaction

fébrile n'est-elle pas, dans une certaine mesure, un acte de défense de l'organisme contre la cause morbifique, et n'y aurait-il pas danger à la supprimer brusquement? Ces questions sont à l'étude; si la dernière se résout par l'affirmative, on pourra encore donner la kairine, mais à doses plus faibles, de manière à modérer la fièvre sans l'annihiler.

119. — *Sur l'action physiologique du chlorhydrate de kairine.*

(En collaboration avec M. Girat.)

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1883.)

L'action du chlorhydrate de kairine sur la température est, chez les animaux comme chez l'homme, constante, considérable et passagère. Chez un cobaye pesant 540 gr., une injection hypodermique de 15 centigr. de cette substance a fait, en moins d'une demi-heure et pendant 20 minutes, baisser la température de près de 5°; trois heures après, l'action était épuisée.

Une dose de 30 centigr. chez un lapin de 2 kilos a produit un abaissement de 2 degrés pendant trois heures.

Le maximum d'action a été obtenu chez un chien de 3 kilos avec 1 gramme de kairine.

La température rectale, diminuant rapidement et d'une manière continue, s'est abaissée au-dessous de 32° au bout d'une heure et demie environ et s'est maintenue à ce niveau, pendant plus d'une heure; ce n'est que cinq heures après l'injection que la température est revenue à la normale.

Le chien est mort trois jours après; il n'est donc pas sans danger de donner le médicament à doses élevées.

Le ralentissement du pouls est la règle, il a été observé chez les grenouilles, les lapins et les cobayes. Le cœur mis à nu chez la grenouille devient globuleux, plus petit et paraît exsangue.

Le nombre de ses respirations diminue constamment.

Chez tous les animaux, la paralysie ou la parésie des mem-

bres qui avaient reçu l'injection a été constatée; on a noté de même de l'anesthésie et la contraction des pupilles.

L'examen des urines montre que la kairine s'élimine, au moins en partie, par les reins, et que cette élimination est rapide, car on peut constater la présence du médicament dans les urines 25 minutes après son introduction sous la peau; ce fait permet de comprendre pourquoi son action est aussi passagère.

Lorsque la température revient à la normale, on observe, comme chez l'homme, des frissons d'autant plus intenses que l'ascension a été plus brusque et l'écart entre l'abaissement obtenu et la température normale plus considérable; ils durent pendant tout le temps de cette ascension.

La doxe toxique se trouve comprise entre 15 et 30 centigr. par kilog de poids de l'animal. Les doses élevées auxquelles on a recours chez l'homme sont encore très inférieures à ce chiffre. La mort paraît avoir été produite chez la grenouille par l'arrêt du cœur.

120 — *Sur la thalline et les nouveaux antipyrétiques.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1885.)

La thalline produit des effets très analogues à ceux de la kairine, mais à doses notablement plus faibles, et son action est passagère; on ne pourrait la rendre persistante qu'en administrant le médicament à intervalles rapprochés, mais on ne doit pas le faire; on est en droit de modérer la réaction fébrile, mais non de la supprimer; car on peut considérer comme très vraisemblable que ce symptôme est une réaction *utile* de l'organisme contre la cause morbide.

L'étude des nouveaux antipyrétiques doit modifier les idées régnantes relativement à la thérapeutique des maladies fébriles.

Dans ces dernières années, les efforts des médecins se dirigeaient surtout contre l'hyperthermie que l'on considérait comme la cause prochaine des troubles nutritifs et d'une bonne partie

des troubles fonctionnels qui accompagnent les pyrexies; or, voici que plusieurs médicaments nouveaux permettent de faire évoluer toutes les maladies dans l'apyrexie complète; ne semble-t-il pas que l'on ait dès à présent un moyen sûr de leur enlever toute action dangereuse ? malheureusement il n'en est rien : *les médicaments véritablement utiles dans les maladies pyrétiques sont ceux qui agissent sur la cause de la fièvre et non seulement sur l'élévation de température qui la caractérise.* Il faut limiter l'emploi de nouveaux antipyrétiques aux cas où une hyperthermie considérable résiste aux autres agents ou met en péril, par elle-même, l'existence du malade.

121. — *Sur deux manifestations rares de l'iodisme.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1885.)

La première doit être rapportée à une *localisation exceptionnelle* des *hémorrhagies iodiques*. Le malade avait fait un prodigieux abus du médicament ; pendant plus de six mois, il en avait ingéré chaque jour de 6 à 10 grammes; depuis plusieurs semaines, il avait du purpura; il continuait néanmoins la médication, quand il a été pris soudainement d'un étourdissement accompagné d'une paralysie des membres du côté gauche et d'une déviation des traits du même côté; cette paralysie alterne a été manifestement produite par une lésion bulbo-protubérantielle. Après avoir discuté les diverses hypothèses que l'on peut formuler relativement à sa nature, l'auteur arrive à admettre qu'une hémorrhagie comparable aux taches purpuriques a été provoquée par le médicament; il en conclut que l'on doit s'abstenir de donner l'iodure de potassium à doses massives aux sujets chez lesquels il provoque du purpura.

La deuxième manifestation anormale de l'iodisme que signale l'auteur est l'*apparition de nodosités douloureuses dans le tissu sous-dermique*. Elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic,

en simulant des tumeurs gommeuses ou des nodosités rhumatismales. M. Talamon les avait déjà observées.

122. — *Du traitement de la teigne tondante, par le procédé Foulis.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique* et *Union médicale*, 1885.)

Il résulte de cette communication que ce traitement ne donne en aucune façon les résultats annoncés par l'auteur anglais.

123. — *De la propriété qu'ont les corps gras d'atténuer l'action irritante des préparations phéniquées.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1885.)

Alors que les solutions aqueuses et alcooliques d'acide phénique au quarantième sont irritantes, on peut employer les solutions à 10 p. 100 dans l'huile sans provoquer de réaction locale (Périer); l'auteur a reconnu qu'il en est de même de la glycérine; il a pu pratiquer le toucher vaginal avec cette substance additionnée de 1/5 d'acide phénique cristallisé, sans provoquer la moindre souffrance; la même manœuvre amène au contraire des plaintes fort vives, si l'on emploie de la vaseline à laquelle on a incorporé 1/20 de la même substance; il est probable que d'autres substances sont modifiées de la même manière par les corps gras : *le choix de l'excipient est donc loin d'être indifférent, alors même qu'il n'exerce par lui-même aucune action appréciable sur l'organisme.*

124. — *Note sur l'interprétation physiologique d'un érythème artificiel.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1881.)

Il s'agit d'un érythème provoqué, autour de plaques de

psoriasis, par des frictions avec la pommade pyrogallique à 10 p. 100. La rougeur formait autour de chaque plaque une aréole qui en était séparée par une zone non colorée. Elle dessinait un cercle parfait quand la plaque était nummulaire ou circinée. Dans ce dernier cas, on voyait, dans l'aire circonscrite par la lésion, un second cercle qui lui était concentrique et en était également séparé par un intervalle non coloré. Autour des plaques irrégulières et sinueuses, les cercles érythémateux périphériques et concentriques suivaient exactement, à une distance qui variait de un centimètre à un centimètre et demi, les contours de la lésion psoriasique. Cet érythème ne peut être rapporté à l'action directe de la pommade, car les frictions n'ont porté que sur les plaques et non sur les téguments qui les entourent.

La cause prochaine des troubles de vascularisation paraît être une excitation réflexe des vaso-constricteurs au voisinage de la lésion et des vaso-dilatateurs à distance.

125. — *Thérapeutique générale de la syphilis.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1887.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : Le chancre induré doit être, s'il est possible, excisé ou détruit par un caustique mercuriel quand le malade se présente avant l'apparition des adénopathies de voisinage. Il faut poursuivre énergiquement par le mercure et l'iodure de potassium l'agent spécifique de la syphilis, d'une manière systématique et incessante pendant les premières années qui suivent l'infection, et plus tard aussi longtemps que la maladie témoigne de son activité persistante par de nouvelles manifestations. Le mercure doit être d'abord introduit dans l'organisme par l'emploi méthodique de frictions sur les parties glabres; plus tard on peut l'administrer de nouveau sous cette forme ou le donner à l'intérieur, particulièrement à l'état de biodure. Il ne faut recourir aux injections massives de calomel, d'oyxde de mercure ou de mercure métallique, que dans les cas

où un danger imminent nécessite une intervention immédiate et énergique; encore faut-il leur associer l'iodure de potassium. L'iodure de potassium doit être administré dès la période secondaire pendant les intervalles des cures mercurielles; dans la période tertiaire, il faut l'employer d'une manière presque continue, aussi longtemps que la maladie ne paraît pas complètement éteinte ou réduite au silence. Les spécifiques, et particulièrement les mercuriaux, doivent être employés localement contre la plupart des manifestations de la maladie et surtout contre le chancre, les syphilides des muqueuses, les tubercules végétants, les syphilides serpigineuses ou en corymbes et les gommes superficielles; peut-être les injections massives trouveront-elles là un mode d'emploi.

Il faut de nouveau, en variant les procédés, chercher, par la syphilisation des animaux supérieurs, et particulièrement des singes, à obtenir un virus atténué capable d'agir comme le ferait un vaccin de la syphilis.

126. — *Des antiseptiques locaux propres au traitement de la syphilis.*

(*Communication au Congrès international de thérapeutique*, 1889.)

La syphilis, primitivement localisée au point d'inoculation, ne se généralise que passagèrement, dans la période dite secondaire; plus tard, elle se localise de nouveau en un certain nombre de foyers latents ou en activité; chacun de ces foyers constitue un centre où le contage peut se développer et d'où il peut se propager excentriquement ou à distance; il est donc indiqué d'agir localement, chaque fois que faire se peut, sur chacun de ces foyers pour essayer d'en détruire la spécificité. Ce traitement local n'est entré que d'une manière insuffisante dans la thérapeutique courante; il doit être employé systématiquement contre toutes les manifestations accessibles de la syphilis. Les préparations mercurielles dont l'auteur se sert de préférence sont,

comme caustiques, le nitrate acide et le sublimé en poudre ; comme modificateurs, les applications permanentes de sublimé en solution étendue, les bains de sublimé, l'onguent napolitain, le collodion ioduré, les pommades au salicylate de mercure, les emplâtres et particulièrement l'emplâtre rouge de M. Vidal, l'injection sous-cutanée d'huile grise, les fumigations cinabrées; *il a reconnu à l'iodoforme, employé comme topique, une action spécifique égale à celle des préparations mercurielles sur les ulcérations syphilitiques.*

127. — *De la nature de la pelade et des antiseptiques propres à son traitement.*

(*Communication au Congrès international de thérapeutique*, 1889.)

L'auteur admet que la pelade vraie constitue une espèce morbide dont la cause prochaine est le développement d'un parasite dans le cuir chevelu; ce parasite existe à la surface et s'accumule dans les papilles pilifères; la maladie se transmet surtout par contact intime et prolongé entre le cuir chevelu du sujet contaminé et les vecteurs du contage. On peut guérir la maladie, soit en tuant le parasite, soit en transformant le cuir chevelu en un terrain impropre à sa culture; ce dernier résultat est obtenu par l'application réitérée de vésicatoires.

128. — *Sur la guérison rapide d'un impétigo rebelle des lèvres par les scarifications linéaires.*

(*Bulletins de la Société de dermatologie*, 1890.)

L'impétigo des lèvres est fréquemment une affection rebelle aux traitements; il en était ainsi depuis trois ans chez un malade présenté par l'auteur; cherchant à modifier la nutrition de la membrane par une intervention active, l'auteur a eu recours aux scarifications pratiquées suivant la méthode de M. Vidal. Il a

suffi d'une séance pour modifier la situation; huit jours après, les croûtes, contrairement à ce qui se passait constamment depuis trois ans, ne s'étaient pas reproduites; on ne voyait à leur place que quelques squames. Deux autres séances de scarifications ont été pratiquées depuis et le malade peut être considéré comme guéri. C'est un nouveau succès de la méthode introduite si heureusement dans la thérapeutique dermatologique par M. Vidal. Il montre qu'il suffit d'une modification peu profonde dans la nutrition d'une partie atteinte d'eczéma pour faire disparaître l'altération qui est la cause prochaine de cette éruption.

129. — *Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch.*

(*Bulletins de la Société française de dermatologie*, février 1891.)

L'auteur expose les résultats que lui a donné l'emploi de la lymphe de Koch chez seize malades qu'il a traités avec ses collègues de l'hôpital Saint-Louis réunis en commission.

Il formule les conclusions suivantes :

La dose indiquée par Koch est de dix à vingt fois trop élevée.

Contrairement aux assertions de Koch, les malades qui réagissent avec intensité accusent pour la plupart les sensations les plus pénibles. Il est inexact que l'on puisse, comme l'a affirmé Koch, injecter impunément le liquide à doses rapidement croissantes; la tolérance peut au contraire être longue à s'établir. C'est à tort que Koch attribue à son liquide une action élective sur les lésions tuberculeuses. Le liquide de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène d'une grande puisssance : à ces deux titres, il peut donner lieu aux plus graves accidents. L'action phlogogène s'exerce en toute évidence sur les foyer lupiques, mais elle ne leur est pas circonscrite; l'auteur a vu se produire, sous son influence, une éruption de pustules disséminées sur le tronc et une endocardite qu'il a été en droit de rapporter à l'action de la lymphe; il en est résulté une insuffisance mitrale et aortique avec rétrécissement aortique; cette action phlogogène

peut donc s'exercer sur l'endocarde et donner lieu ainsi à des lésions indélébiles. Elle peut également entraîner la production d'abcès volumineux. La médication, même restreinte aux doses les plus minimes, n'est pas inoffensive. Ces injections si dangereuses ne guérissent pas le lupus.

Les conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être presque complètement négatives.

130. — *Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.*

(*Bulletins de la Société française de dermatologie*, février 1891.)

Un des malades traités par les injections de tuberculine a succombé deux mois après leur cessation ; sa situation avait commencé à s'aggraver alors qu'il était sous leur influence; elles ont provoqué le développement de volumineux abcès qui ont amené un état d'adynamie profonde ; il s'est produit alors une poussée aiguë et terminale de granulations miliaires. Chez un autre malade, atteint de lèpre tuberculeuse, il s'est manifesté, alors qu'il était sous l'influence des injections, des kératites ponctuées en même temps que du glaucome.

131. — *Sur la persistance des effets de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus.*

(*Ibid.*, novembre 1891.)

Contrairement à ce que l'on avait dû penser, en raison de la rapidité avec laquelle reparaissaient les nodules tuberculeux après les injections de lymphe de Koch, les modifications qu'elles produisent dans les caractères des lupus peuvent être durables. Un lupus qui avait présenté, jusqu'au jour où il a été traité par les injections de tuberculine, un caractère végétant d'une intensité

exceptionnelle et résistait depuis plus de quatre ans aux traitements les plus énergiques, est devenu presque complètement lisse depuis lors ; il est loin d'être guéri, mais il est évidemment et profondément modifié ; il en est de même du lupus tuberculeux végétant d'un autre malade. Il est très vraisemblable que les violentes réactions provoquées par la tuberculine laissent à leur suite, dans la nutrition des tissus, des modifications persistantes qui en font un terrain moins bon pour la culture des bacilles. Ce n'est pas à dire qu'il faille modifier les conclusions négatives en ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch; les deux malades ont en effet gravement souffert de l'action du virus ; les améliorations locales ont été contre-balancées par de très sérieuses complications ; l'auteur est amené à dire de nouveau : il faut renoncer à l'emploi de la tuberculine aussi longtemps que l'on n'aura pu parvenir à isoler son action curative de son action nocive, car l'on n'est jamais certain que celle-ci sera suffisamment compensée par celle-là.

132. — *Traitement de la teigne tondante.*

(*Bulletins de la Société française de dermatologie*, novembre 1891.)

L'auteur a obtenu des résultats relativement satisfaisants par les applications, soit de solutions d'acide chrysophanique à 15 p. 100 dans le chloroforme, soit de teinture d'iode, en les recouvrant d'une couche de traumaticine.

133. — *Des progrès réalisés, au cours des dernières années, dans les préparations emplastiques destinées au traitement des maladies de la peau. Rapport présenté à la Société de thérapeutique le 13 janvier 1892.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1892).

IV. — VARIA

134. — *Action de la filtration et de divers antiseptiques sur l'activité des liquides chargés de pepsine; nature du ferment peptique.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, p. 358.)

L'auteur a fait, avec le concours de MM. Charles Richet et Mourrut, une série d'expériences dans le but de déterminer quelle est l'action de la filtration et de divers antiseptiques sur l'activité des liquides chargés de pepsine ; il a constaté que la pepsine de laboratoire perd en grande partie ses propriétés digestives, si elle a été préalablement filtrée à travers plusieurs feuilles superposées de papier Berzélius et du coton de verre, tandis que l'on réussit, au contraire, à faire des digestions avec le résidu resté sur le filtre.

La même expérience, répétée avec du suc gastrique de poisson, a donné les mêmes résultats. On a obtenu, au contraire, une peptonisation avec du suc gastrique artificiel préalablement filtré, mais la quantité de peptone ainsi produite n'a pas été déterminée.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur a constaté que le sublimé, l'iode, l'acide phénique, ajoutés dans la proportion de 1/2000 au liquide chargé de pepsine, empêchent la peptonisation.

Ces recherches ont été faites dans le but de déterminer si l'hypothèse qui fait de la pepsine un ferment soluble doit être admise sans réserve : cet agent contient, en effet, constamment, des corpuscules figurés, émanés des cellules glandulaires de l'estomac; il est donc légitime de se demander s'ils ne seraient pas les parties actives de la pepsine, surtout si l'on considère que cette substance présente d'incontestables analogies avec les ferments figurés; comme eux, elle n'agit que dans un milieu

déterminé et dans certaines conditions de température ; comme eux, elle est rendue inactive par certains antiseptiques ; comme eux, elle peut conserver indéfiniment ses propriétés ; la même pepsine peut faire toujours de nouvelles digestions, si on la sépare des peptones ; l'affaiblissement de son activité par la filtration et l'activité du résidu peuvent être invoqués en faveur de la même hypothèse, sans constituer cependant des preuves décisives, car certaines substances solubles sont retenues par les filtres. Sans attribuer à aucun des faits qui viennent d'être exposés une valeur absolue, l'auteur croit pouvoir en conclure que la question mérite d'être examinée de nouveau, et qu'il faut cesser de considérer, sans plus ample informé, la pepsine comme un ferment soluble ; il y aurait lieu d'entreprendre des recherches analogues au sujet des autres agents regardés comme tels.

135. — *Du rôle des globules blancs dans la genèse des néoplasies inflammatoires.*

(Revue critique dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 942.)

136. — *Recherches sur la circulation du noyau lenticulaire.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1879, p. 256.)

137. — Article MÉPHITISME du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

138. — Article MÉLANÉMIE, du même *Dictionnaire.*

139. — Traduction d'une *Conférence de Virchow, sur le typhus famélique.* — 1868.

140. — Articles critiques dans la *Revue des sciences médicales* et l'*Union médicale.*

1226-91. CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.